

# Behandeling van bloosangst met taakconcentratietraining

Citation for published version (APA):

Mulkens, S. (2001). Behandeling van bloosangst met taakconcentratietraining. *Gedrag & Gezondheid*, 29, 333-340.

## Document status and date:

Published: 01/01/2001

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Document license:

Taverne

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

# Behandeling van bloosangst met taakconcentratietraining

Sandra Mulkens\*

## Inleiding

Bloosangst is een specifieke vorm van sociale fobie. Degene die lijdt aan bloosangst is voortdurend bang om in sociale situaties een rood hoofd te krijgen en daardoor negatief beoordeeld te worden. Deze situaties worden dan ook vermeden of met intense angst doorstaan. De angst en vermijding veroorzaken duidelijke belemmeringen: men kan beroepsmatig en/of sociaal niet goed functioneren of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie (American Psychiatric Association, 1994).

Van alle Nederlanders heeft 7.8% ooit in het leven last gehad van sociale fobie (5.9% van de mannen en 9.7% van de vrouwen). De jaarprevalentie is 4.8% voor de totale bevolking (3.5% voor mannen en 6.1% voor vrouwen apart) (Bijl, Van Zessen & Ravelli, 1997). Het is onbekend hoe vaak bloosangst precies voorkomt. Volgens Scholing (1993) is bij ongeveer eenderde van de cliënten die zich aanmelden voor behandeling van sociale fobie angst om te blozen, trillen of zweten de hoofdklacht. Maastrichts RIAGG-onderzoek wees uit dat 33% tot 43% van de sociaal-fobici die zich in een periode van een aantal jaren hadden aangemeld last had van bloos-, tril-, en/of zweetangst en 16% tot 18% *uitsluitend* bloosangst had (Bögels & Reith, 1998). De klinische indruk bestaat dat angst om te blozen niet altijd herkend wordt door therapeuten, omdat cliënten zich meestal schamen daarmee voor de dag te komen. In de meerderheid van de gevallen (70%) begint de angst tussen het tiende en negentiende levensjaar (Kessler et al., 1994).

Sociale fobie komt vaak samen voor met andere psychiatrische stoornissen, zoals enkelvoudige fobie en agorafobie, stemmingsstoornissen en middelenmisbruik (Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Gegeven de hoge mate van belemmering in het, met name sociaal, functioneren is het niet verwonderlijk dat een belangrijk deel van de sociaal-fobici voldoet aan de criteria van de depressieve stoornis (Sanderson, DiNardo, Rapee & Barlow, 1990). Indien stemmingsstoornissen samen voorkomen met sociale fobie, is de aanvang ervan meestal later dan de aanvang van de sociale fobie. De meeste sociaal-fobici die ook voldoen aan een diagnose alcoholmisbruik zeggen overigens alcohol te gebruiken als zelf-medicatie (Kushner, Sher & Beitman, 1990). Comorbiditeitsgegevens zijn alleen beschikbaar voor de bredere categorie sociale fobie, maar er

\* Dr. S. Mulkens is verbonden aan de Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie. Correspondentieadres: Universiteit Maastricht, Faculteit der Psychologie, Capaciteitsgroep Experimentele Psychologie, dr. S. Mulkens, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: S.Mulkens@psychology.uni-maas.nl



zijn geen redenen te veronderstellen dat het bovenstaande niet ook van toepassing is voor de groep bij wie bloosangst de voornaamste reden van zorg is.

Er zijn diverse manieren om van bloosangst af te komen. De radicaalste manier is een operatie waardoor er niet meer gebloosd kan worden. Deze methode heet ETS (endoscopische transthoracale sympathicotomy) (Drott et al., 1998). Een bepaalde zenuwbaan wordt onderbroken, waardoor er geen prikkeling meer kan plaatsvinden van bloedvaten in het gezicht. Hoewel dit een goede oplossing lijkt voor ernstig blozen, zijn er legio redenen aan te voeren waarom dit de voorkeur zeker niet verdient. Ten eerste lijken de resultaten van studies naar deze methode veelbelovend maar is het onderzoek matig uitgevoerd. Zo is er geen maat voor de ernst of intensiteit van het blozen gebruikt, maar werd afgegaan op de zelfrapportage van de patiënt. Onderzoek heeft echter aangetoond dat mensen maar moeilijk hun eigen bloosintensiteit kunnen inschatten (Mulken, De Jong & Bögels, 1997; Mulken, De Jong, Dobbelaar & Bögels, 1999), hetgeen uitspraken over de ernst van het blozen bij potentiële patiënten bemoeilijkt. Daarbij is onduidelijk hoeveel een persoon vóór de operatie bloosde omdat hem/haar dit pas achteraf, na de operatie is gevraagd. Ook werd geen gebruik gemaakt van controlegroepen die een andere behandeling kregen, om het effect van de operatie mee te kunnen vergelijken. Ten slotte is er een niet onaanzienlijk risico op het ontwikkelen van post-operatieve complicaties, zoals het terugkeren van blozen, maar dan op ongebruikelijke momenten (Drummond, 2000).

Los van het feit of iemand nou veel of weinig bloost, de angst om te blozen dient in elk geval serieus te worden genomen. Behandelingen die op angstreductie zijn gericht lijken dan ook beter op hun plaats dan behandelingen die bloosreductie nastreven. Vooralsnog is er slechts een handvol effectstudies naar bloosangst verricht. In feite zijn er maar twee gecontroleerde studies verricht naar het effect van cognitieve gedragstherapie bij bloos-, tril-, en/of zweetangst. De ene studie vergeleek exposure gevolgd door cognitieve therapie, cognitieve therapie gevolgd door exposure en een variant waarbij beide therapieën vanaf het begin geïntegreerd waren (Scholing & Emmelkamp, 1993). De andere studie vergeleek cognitieve therapie met toegepaste sociale vaardigheidstraining (Bögels, 1994). Alle methoden in deze studies bleken even effectief hoewel de effectgrootte matig was. Dat wil zeggen, de ongecontroleerde effectgrootte in de eerste studie was .58 (zie de meta-analyse door Feske & Chambless, 1995). In de studie van Bögels (1994) waren de effectgroottes voor sociale vaardigheidstraining en cognitieve therapie respectievelijk 1.29 en 1.37. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in het laatste geval bloosangstvragenlijsten als uitkomstmaat werden gebruikt, terwijl dat in de studie van Scholing en Emmelkamp niet het geval was. Bij elkaar genomen steunen deze gegevens de klinische indruk dat mensen met bloosangst relatief moeilijk te behandelen zijn met de bestaande technieken. Verder lijkt het belangrijk specifieke uitkomstmaten te gebruiken om veranderingen in bloosangst te meten.

De afgelopen jaren is het idee gerezen dat verhoogde zelfgerichte aandacht een rol speelt in de instandhouding van bloosangst. Een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle sociale interactie is een geschikte balans tussen zelf- en anderbewustzijn (Argyle & Williams, 1969). Sociaal-fobici zouden, vanuit dit gezichtspunt, teveel aandacht op zichzelf richten (op hun emoties, gedachten, gedrag, fysieke verschijning, en lichamelijke gevoelens) hetgeen resulteert in een verstoorde balans (Clark & Wells, 1995). Deze verstoring zou kunnen leiden tot ongewenste uitkomsten in de sociale interactie (bijvoorbeeld fouten maken), hetgeen de angst en het vermijdingsgedrag verder versterkt. Met betrekking tot bloosangst heeft deze zelfbewustzijnstheorie verschillende implicaties. Zo is ge-



bleken dat fysiologische opwinding (of bewustzijn van fysiologische processen, zoals blozen) tot zelfgerichte aandacht leidt (Wegner & Giuliano, 1980). Verder suggereren 'gelimiteerde capaciteitsmodellen' (bijvoorbeeld Wine, 1971) dat excessieve zelfgerichte aandacht resulteert in verminderde taakprestatie omdat er onvoldoende capaciteit over is om de taak adequaat uit te voeren. Ook intensificeert zelfgerichte aandacht emotionele reacties zoals angst en blozen (Scheier & Carver, 1977). Ten slotte is geopperd dat zelfgerichte aandacht de waarschijnlijkheid verhoogt tot het maken van interne attributies (zoals zichzelf de schuld geven van sociaal falen en mogelijk van blozen) (Duval & Wicklund, 1973). Samengevat leidt zelfgerichte aandacht tot een intensivering van het gevoel (angst/blozen), terwijl het (idee te) blozen die zelfgerichte aandacht weer verder vergroot, waardoor een negatieve spiraal ontstaat. Het leren herrichten van de aandacht waardoor de angst vermindert zou mogelijk een bruikbare strategie zijn voor bloosangstigen. Aandachtstraining is overigens niet nieuw. Het werd bekend in de sportpsychologie waar het niet ongebruikelijk is om atleten te leren zich niet te laten afleiden door pijn, het publiek, mislukking etcetera. (bijvoorbeeld Singer et al., 1991).

In dit manuscript wordt een behandelprotocol beschreven om bloosangstigen een strategie aan te leren (taakconcentratietraining: TCT) om hun aandacht meer naar buiten en op de taak te richten en minder op zichzelf en het mogelijk blozen. Dit protocol beslaat zes sessies en kan ook gebruikt worden als deel van een behandeling. De klinische indruk is dat TCT het best aan het begin van een behandeling gegeven kan worden aangezien cliënten hiermee een eerste praktisch houvast hebben. Het staat de behandelaar vrij TCT aan te vullen met andere cognitief-gedragstherapeutische interventies, zoals exposure in vivo en cognitieve therapie.

## Protocol

Voor de start van de behandeling dient de cliënt als bloosangstig gediagnosticeerd te zijn. Deze diagnose kan gebeuren op basis van een intakegesprek, bijvoorbeeld met behulp van een gestructureerd interview voor DSM-IV stoornissen (SCID; Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider & Nolen, 1999) ondersteund door de bloos-, tril, en zweetangstvragenlijst (Bögels & Reith, 1999). Uit onderzoek is gebleken dat deze vragenlijst in staat is een betrouwbaar onderscheid te maken tussen sociaal-fobici met en zonder angst voor lichamelijke symptomen.

Het hier beschreven protocol<sup>1,2</sup> is gebaseerd op casestudies met bloosangstigen (Bögels, Mulken & De Jong, 1997) bij wie de resultaten zeer positief waren. Taakconcentratietraining bestaat uit vijf fases: 1) het uitleggen van de rationale; 2) registratie van de aandacht in sociale situaties; 3) aandachtstraining in de therapiezitting (luister- en vertel oefeningen); 4) aandachtstraining in niet-bedreigende situaties en 5) aandachtstraining in bedreigende situaties.

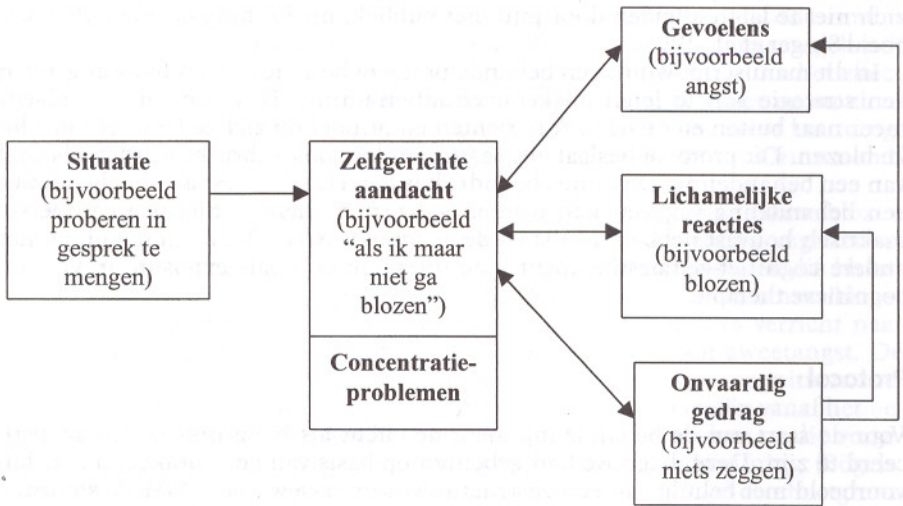
### Fase 1: Uitleg van de rationale

In de eerste fase wordt de rationale uitgelegd aan de cliënt. Deze maakt duidelijk hoe iemand door zelfgerichte aandacht in de problemen kan komen. Model 1 toont het schema waarop de rationale stoelt. De rationale wordt verteld aan de hand van een algemeen voorbeeld en een persoonlijk voorbeeld. Hier volgt een algemeen voorbeeld.

‘U bent op bezoek bij kennissen en u probeert zich in het gesprek te mengen. U bent zich onaangenaam bewust van uzelf, het is alsof u op afstand naar uzelf zit te kijken. In plaats van te luisteren naar wat de anderen zeggen en daarop te reageren, bent u aan het denken wat u zult zeggen en of dat wel goed over zal komen. U bent bang dat u zult gaan blozen en u bent steeds bezig met hoe u zich voelt, hoe gespannen u bent. Al uw aandacht richt u dus op uw eigen gevoelens en gedrag. Daardoor houdt u weinig aandacht over voor het gesprek. Het gevolg hiervan is dat u zich slecht kunt concentreren en het gevoel heeft dat u gaat blozen. Doordat u zich niet goed meer concentreert op het gesprek, hoort u niet goed wat de anderen zeggen en wordt het moeilijker u in het gesprek te mengen. Vermijdingsgedrag wordt zo in de hand gewerkt’.

**In schema:**

Model 1 Schema ter ondersteuning van de rationale. Gebaseerd op Bögels, Mulkens & De Jong (1995).



In de rationale wordt ook benadrukt dat het doel van de training NIET is om niet meer te blozen. Blozen is immers een lichamelijke reactie die niet onder bewuste controle staat. De training is er wel op gericht de vicieuze cirkel waarin men terecht is gekomen, te doorbreken. De cliënt zal leren zich beter te concentreren op de taak en minder bezig te zijn met zijn/haar lichamelijke reacties. Daardoor zal het blozen niet meer zo'n probleem zijn.

**Fase 2: Registratie van de aandacht in sociale situaties**

Na de uitleg van de rationale wordt gestart met het registreren van de aandachtsverdeling in angstopwekkende sociale situaties. Dit gebeurt met behulp van dagboekformulieren.

**Fase 3: Aandachtstraining in de therapiezitting**

Het (her)richten van de aandacht wordt geoefend met luister- en verteloefeningen in de zitting. De therapeut bereidt voor deze sessie(s) een aantal korte, neutrale verhaaltjes voor, bijvoorbeeld over vakanties.

Luister- en verteloefeningen worden hiërarchisch opgebouwd: eerst zonder oogcontact. De therapeut vertelt een neutraal verhaal over de vakantie, de cliënt



dient geconcentreerd te luisteren en vat vervolgens samen. Ook schat de cliënt het percentage aandacht dat hij/zij op zichzelf gericht was, op de taak en op de omgeving tijdens het luisteren. Als dit goed gaat, kan overgegaan worden op de volgende stap. Dezelfde procedure wordt nu herhaald mét oogcontact (en andere verhaaltjes). De volgende stap bestaat eruit dat de cliënt tijdens het luisteren aan blozen moet denken (opdat hij/zij wordt afgeleid) en zich vervolgens weer opnieuw op de taak moet richten. In het laatste onderdeel van de luisteroefeningen verwerkt de therapeut zelf iets over blozen waardoor de cliënt onverwacht wordt afgeleid. Ook hier dient de cliënt actief de aandacht te herrichten op het verhaal.

De rollen kunnen ook worden omgedraaid: op dezelfde manier als boven beschreven vertelt de cliënt aan de therapeut korte, neutrale verhaaltjes. Het verschil bestaat eruit dat de cliënt daarbij zichzelf op de taak richt en de therapeut niet hoeft samen te vatten.

#### **Fase 4: Aandachtstraining in niet-bedreigende situaties**

In deze fase van de behandeling wordt het herrichten van de aandacht toegepast in neutrale, (niet-sociale) situaties. Luister- en concentratie-oefeningen worden uitgevoerd in de dagelijkse omgeving. Het doel hiervan is het leren de aandacht te richten op één aspect van het geheel, dan leren schakelen van het ene naar het andere aspect en uiteindelijk alle aspecten integreren. Laat de cliënt bijvoorbeeld naar zijn/haar favoriete muziek luisteren en één voor één alle instrumenten volgen. Laat de cliënt zich uiteindelijk op het hele muziekstuk richten.

#### **Fase 5: Naar buiten richten van de aandacht in bedreigende situaties**

In de laatste fase wordt taakconcentratie toegepast in voor de cliënt bedreigende situaties. Hiertoe wordt een lijst opgesteld met ongeveer 10 situaties uit het dagelijkse leven van de cliënt die zinvol zijn om te oefenen. In en buiten de sessie wordt nu actief geprobeerd de aandacht op de taak te richten. De werkwijze is als volgt: per item in de lijst dat geoefend wordt beschrijft de cliënt een voorbeeldsituatie die hij/zij reeds meegemaakt heeft of die nog gaat plaatsvinden (bijvoorbeeld het overbrengen van informatie aan een collega). De therapeut vraagt waarop de aandacht in die situatie gericht was en stelt de percentages vast van aandacht gericht op taak, zelf en omgeving (de cliënt antwoordt bijv. dat veel aandacht gericht was op 'als ik maar niet rood word'). Dan wordt de taak gedefinieerd (bijvoorbeeld het duidelijk overbrengen van de informatie) en wordt besproken waarop, gezien de taak, de aandacht gericht moet zijn (bijvoorbeeld: bedenken wat de voornaamste punten van info zijn die je wilt overbrengen, duidelijk praten, aankijken en observeren hoe de collega de informatie oppakt, eventueel een vraag beantwoorden). Uiteindelijk wordt het rollenspel uitgevoerd zoals voorbesproken, in de sessie of op het werk als huiswerk oefening.

### **Onderzoek**

Taakconcentratietraining is reeds bij verschillende casestudies uitgetest (Bögels et al., 1997) en lijkt goede resultaten te geven. Dat wil zeggen, bloosangst en vermijding van sociale situaties verminderden in belangrijke mate, alsook de geloofwaardigheid van negatieve cognities omtrent blozen. Verder bleek dat de subjectief gerapporteerde bloosfrequentie eveneens was gedaald na de therapie, ofschoon dit geen behandeldoel was. Deze daling kan betekenen dat cliënten daadwerkelijk minder zijn gaan blozen na de behandeling maar ook dat ze er na de behandeling minder aandacht aan zijn gaan schenken.

In TCT vindt, onder andere, hiërarchische blootstelling plaats aan de gevreesde bloosituaties. Om te onderzoeken in hoeverre TCT afwijkt van exposure in vivo werd een therapie-effect studie uitgevoerd waarin deze beide varianten met elkaar werden vergeleken bij 31 cliënten (Mulken, Bögels, De Jong & Louwers, 2001). Het hier beschreven protocol is gebruikt in deze effectstudie. De resultaten ervan komen grofweg op het volgende neer: beide behandelingen bleken effectief te zijn in het verminderen van bloosangst, maar patiënten profiteerden meer van TCT. Dat wil zeggen, meteen na de behandeling bleek TCT beter in het verminderen van angst om te blozen, ofschoon dit verschil na zes weken verdwenen was. Zes weken na de behandeling was het effect van TCT groter wat betreft het verminderen van irrationele cognities over blozen. Dus op de kortere termijn had TCT iets meer invloed op de mate van angst en op de wat langere termijn veranderden ook negatieve cognities sterker in de TCT-conditie. Het is mogelijk dat TCT (via het effectief richten van de aandacht) bewerkstelligt dat men beter in staat is tot het oppikken van informatie die in strijd is met bestaande negatieve ideeën over blozen en zo de angst doet dalen. Dus het zou kunnen dat TCT als cognitieve strategie werkt, zonder dat men cognitieve therapie uitoefent.

De effectgroottes van TCT op nameting, 6 weken follow-up en 1-jaar follow-up waren 1.14, 1.4 en 1.5, respectievelijk. Daarentegen waren de effectgroottes van exposure in vivo op die drie momenten respectievelijk 0.5, 1.2 en 1.2. Ondanks de veelbelovende uitkomsten is het uiteraard belangrijk de huidige studie te herhalen met meer patiënten om zo meer zicht te krijgen op de werkzame mechanismen in de behandeling van bloosangst.

## Conclusie

Taakconcentratietraining is gestoeld op het idee dat mensen met bloosangst te veel aandacht richten op zichzelf en het mogelijke blozen en daardoor te weinig aandacht richten op de taak en de omgeving. Hierdoor blijft de angst in stand. Een manier om bloosangstigen te helpen is hen te leren hun aandacht te herrichten in sociale situaties.

Taakconcentratietraining beslaat een vijftal fases. De training is effectief, blijkens verscheidene studies. Het is relatief makkelijk aan te leren aan cliënten en therapeuten. De geloofwaardigheid van negatieve, irrationele cognities daalt ten gevolge van TCT eveneens, ofschoon geen cognitieve therapie wordt toegepast. Mogelijk zorgt het herrichten van de aandacht ervoor dat disconfirmerende informatie eerder wordt opgepikt.

## Noten

- 1 Het hier beschreven protocol werd in deze 6-sessie variant gebruikt ten behoeve van de behandelstudie over taakconcentratietraining versus exposure in vivo. Het protocol wordt in een 8-sessie variant toegepast in de RIAGG Maastricht (zie voor meer informatie ook Bögels, S.M. & Mulken, S. (1997). *Protocolaire behandeling van patiënten met een sociale fobie: taakconcentratietraining en cognitieve therapie*. In: Keijsers, G.P.J., van Minnen, A. & Hoogduin, C.A.L. (Red.). *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (pp.127-157). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum).
- 2 Het hier beschreven protocol kan als (onderdeel van een) behandeling voor bloosangst gebruikt worden door therapeuten die werken met gedragstherapeutische technieken.



## Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Argyle, M. & Williams, M. (1969). Observer or observed? A reversible perspective in person perception. *Sociometry*, 32, 396-412.
- Bijl, R.V., Zessen, G. van & Ravelli, A. (1997). Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2453-2460.
- Bögels, S.M. (1994). *Cognitive therapy versus applied social skills training for fear of blushing, trembling and sweating*. Paper presented at the 24th congress of the European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Corfu, Greece.
- Bögels, S.M., Mulkens, S. & Jong, P.J. de (1995). Overmatig zelfbewustzijn en taakconcentratie: een nieuw model voor de behandeling van bloosangst. *Gedragstherapie*, 28, 153-174.
- Bögels, S.M., Mulkens, S. & Jong, P.J. de (1997). Task concentration training and fear of blushing. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 251-258.
- Bögels, S.M. & Reith, W. (1998). Validity of two questionnaires to assess social fears: the Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Fear of Blushing, Trembling, and Sweating Questionnaire. *Unpublished data*.
- Bögels, S.M. & Reith, W. (1999). Validity of two questionnaires to assess social fears: the Dutch Social Phobia and Anxiety Inventory and the Fear of Blushing, Trembling, and Sweating Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 51-66.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York, London: The Guilford Press.
- Drott, C., Claes, G., Olsson-Rex, L., Dalman, P., Fahlen, T. & Gothberg, G. (1998). Successful treatment of facial blushing by endoscopic transthoracic sympathectomy. *British Journal of Dermatology*, 138, 639-643.
- Drummond, P. (2000). A caution about surgical treatment for facial blushing [letter]. *British Journal of Dermatology*, 142, 194-195.
- Duval, S. & Wicklund, R.A. (1973). Effects of objective self-awareness on attributions of causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 17-31.
- Feske, U. & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Groenestijn, M.A.C., Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., Schneider, N. & Nolen, W.A. (1999). *Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As1-stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kessler, R.C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eschleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kushner, M.G., Sher, K.J. & Beitman, B.D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 685-695.
- Mulkens, S., Bögels, S.M., Jong, P.J. de & Louwers, J. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 413-432.
- Mulkens, S., de Jong, P.J. & Bögels, S.M. (1997). High blushing propensity: Fearful preoccupation or facial coloration? *Personality and individual differences*, 22, 817-824.
- Mulkens, S., de Jong, P.J., Dobbelaar, A. & Bögels, S.M. (1999). Fear of blushing: Fearful preoccupation irrespective of facial coloration. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1119-1128.
- Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M. & Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1977). Self-focused attention and the experience of emotion: Attraction, repulsion, elation, and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 625-636.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Hornig, C.D., Liebowitz, M.R. & Weissman, M.M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample.



- Archives of General Psychiatry, 49, 282-288.
- Scholing, A. (1993). *Social phobia: Cognitive and behavioural treatment*. Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen.
- Scholing, A. & Emmelkamp, P.M. (1993). Cognitive and behavioural treatments of fear of blushing, sweating or trembling. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 155-170.
- Singer, R.N., Cauraugh, J.H., Tennant, L.K., Murphey, M., Chen, D. & Lidor, R. (1991). Attention and distractors: Considerations for enhancing sport performances. *International Journal of Sport Psychology*, 22, 95-114.
- Wegner, D.M. & Giuliano, T. (1980). Arousal-induced attention to self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 719-726.
- Wine, J. (1971). Test anxiety and direction of attention. *Psychological Bulletin*, 76, 92-104.